



**Práticas de alimentação complementar e estado nutricional de crianças dos
6 aos 23 meses do distrito de Caué, em São Tomé e Príncipe.**

*Complementary feeding practices and nutritional status of children from 6 to 23
months in the district of Caué, São Tomé e Príncipe.*

Ana Pimenta Rodrigues

Orientada por: Dra. Margarida Lopes

Trabalho de investigação

1.º Ciclo em Ciências da Nutrição

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

ONGD Helpo, São Tomé e Príncipe, 2017

Resumo

Introdução: práticas de alimentação complementar adequadas são decisivas para um ótimo estado nutricional e consequente crescimento e desenvolvimento. A OMS recomenda que esta seja oportuna, adequada, apropriada, segura e responsiva.

Objetivos: conhecer as práticas de alimentação complementar nas crianças dos 6-23 meses do distrito de Caué, incluindo os hábitos alimentares e as práticas de higiene e o estado nutricional da amostra. Perceber a relação entre as referidas práticas de alimentação complementar com o estado nutricional.

Metodologia: inquiriram-se 97 cuidadoras de 11 comunidades do distrito de Caué, de maneira a recolher dados sociodemográficos, das cuidadoras e das crianças, e sobre práticas de alimentação complementar. Foram realizadas as medições antropométricas do peso e do comprimento, seguidas da respetiva análise.

Resultados: todos os indicadores da alimentação complementar da OMS apresentaram uma adequação superior 79%. No total, 19,6% das crianças foram consideradas com malnutrição, isto é, apresentaram pelo menos 1 tipo de malnutrição. Foi encontrada uma associação entre o estado nutricional com o aleitamento continuado ao 1 ano e a diarreia nos últimos 15 dias.

Conclusão: as crianças dos 6-23 meses de Caué têm uma boa adequação aos indicadores da alimentação complementar da OMS. As prevalências de malnutrição foram semelhantes às dos dados nacionais, sendo que a mais elevada foi a da malnutrição crónica. Apenas o aleitamento continuado ao 1 ano e a diarreia nos últimos 15 dias foram associados com o estado nutricional destas crianças.

Palavras-Chave

Alimentação complementar, indicadores, malnutrição, São Tomé e Príncipe.

Abstract

Background: suitable complementary feeding practices are key for an optimal nutritional status and consequent growth and development. WHO recommends that it should be timely, appropriate, adequate, safe and responsive.

Objectives: learn about the complementary feeding practices in children from 6-23 months old from Caué, including eating habits and hygiene practices and the nutritional status of the sample. Understand the relationship between those complementary feeding practices and the said nutritional status.

Methods: 97 caregivers from 11 communities in Caué were inquired, to collect socio-demographic data from caregivers and children, and complementary feeding practices. Weight and length were measured in every children and anthropometric analysis was conducted.

Results: all WHO supplementary feeding indicators values were above 79%. Overall, 19.6% of the children were considered undernourished, what means, they at least 1 type of undernutrition. Was found an association between nutritional status with continued breastfeeding at 1 year and diarrhoea in the previous 15 days.

Conclusion: the WHO's indicators for complementary feeding were adequate for the children from 6 to 23 months of Caué. The prevalence of undernutrition was similar to previous national data, the highest one being chronic malnutrition. Only continued breastfeeding at 1 year and diarrhoea in the previous 15 days were associated with the nutritional status of these children.

Keywords

Complementary feeding, indicators, malnutrition, São Tome e Principe.

Lista de Abreviaturas

AC – Alimentação complementar

C/I – Comprimento para a idade

IP – Insuficiência ponderal

MA – Malnutrição aguda

MC – Malnutrição crónica

MICS – Inquérito aos Indicadores Múltiplos

OMS – Organização Mundial de Saúde

P/C – Peso para o comprimento

P/I – Peso para a idade

STP – São Tomé e Príncipe

Índice

Resumo.....	i
Palavras-Chave.....	i
Abstract.....	ii
Keywords.....	ii
Lista de abreviaturas.....	iii
Introdução.....	1
Objetivos.....	4
Material e Métodos.....	5
Resultados.....	7
Discussão.....	10
Conclusão.....	15
Referências Bibliográficas.....	16
Anexos.....	20
Índice de Anexos.....	21

Introdução

Os primeiros dois anos de vida são um período decisivo para o crescimento e o desenvolvimento das crianças. De modo a que o potencial de desenvolvimento físico e cognitivo seja atingido, é determinante que o estado nutricional esteja tão perto do ótimo quanto possível^(1, 2). Caso contrário, estados de malnutrição estão não só associados a atrasos no crescimento e piores capacidades cognitivas, com consequências para a vida adulta, mas também a piores estados de saúde a curto e longo prazo, e aumento dos riscos de morbilidades e de mortalidade⁽²⁾.

Em países em desenvolvimento, estados de malnutrição, como a malnutrição crónica (MC), a malnutrição aguda (MA) e a insuficiência ponderal (IP), são responsáveis por 11% de todas as doenças⁽³⁾. Vários estudos têm vindo a comprovar a associação entre a MC, a IP e a MA com o aumento do risco de morte e a contribuição para o aparecimento de doenças como doenças infecciosas, incluindo infeções dos tratos gastrointestinal e respiratório, diarreia, pneumonia e sarampo em crianças, agravando também os danos por elas causados, sendo que a força desta associação aumenta à medida que os z-scores diminuem^(2, 4-6). No entanto, a MA foi descrita como um fator de risco de mortalidade mais forte quando comparado com a MC e a IP⁽⁴⁾. Adicionalmente, a MC é também um documentado fator de risco para um desenvolvimento motor e cognitivo subótimo, relaciona-se com baixa atividade física e apatia na infância, e, mais tarde, com um baixo rendimento escolar^(2, 7).

O estado nutricional é o reflexo das práticas alimentares e do estado de saúde em geral. Nos primeiros dois anos de vida, o aleitamento materno exclusivo e as práticas de alimentação complementar adequadas são elementos-chave para o desenvolvimento e para o estado de saúde a curto, médio e longo prazo^(1, 2, 7).

A alimentação complementar (AC) define-se como o processo de introdução de alimentos e líquidos, que começa quando o leite materno deixa de ser suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais dos bebés e, conseqüentemente, esses outros alimentos e líquidos se tornam indispensáveis para complementar a dieta⁽⁸⁾.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma AC deve ser *oportuna*, para que os alimentos sejam introduzidos apenas quando a amamentação exclusiva e frequente já não suprima as necessidades de energia e nutrientes, por volta dos 6 meses de idade; *adequada*, ou seja, que forneça as quantidades de macro e micronutrientes que a criança em crescimento requer; *apropriada*, com alimentos em quantidades suficientes dos diversos grupos alimentares e textura adaptada ao desenvolvimento psicomotor da criança; *segura*, através da limpeza das mãos e utensílios de cozinha, assim como a preparação e armazenamento higiénicos de todos os alimentos e refeições; e *responsiva*, o que implica que os alimentos são dados de acordo com o apetite da criança e o método de alimentação é adaptado à sua idade^(9, 10).

Apesar dos esforços da OMS, que tem vindo a desenvolver e atualizar recomendações relativas à AC para países em desenvolvimento e orientações para que estas sejam postas em prática, surgem ainda preocupações relativas ao vasto número de crianças que continuam a ser indevidamente alimentadas e, conseqüentemente, em risco de ficarem com o estado nutricional, desenvolvimento e saúde comprometidos.

Ainda que a tendência dos números da malnutrição seja decrescente, as estimativas da OMS para 2016 indicaram que 22,9% de todas as crianças com menos de 5 anos sofriam de MC e 7,7% de MA, percentagens correspondentes a

cerca de 155 milhões e 17 milhões de crianças nesse intervalo de idades, a nível mundial. Para o continente africano, os valores da MC e da MA atingem respetivamente 31,2% e 7,4% das crianças com menos de 5 anos⁽¹¹⁾.

São Tomé e Príncipe (STP) é um arquipélago da costa ocidental da África Subsaariana, localizado ao longo da linha equatorial. Em 2016, de acordo com o Relatório Global de Desenvolvimento Humano do Programa para as Nações Unidas para o Desenvolvimento, estava posicionado entre os países com o desenvolvimento humano médio, no 142.º lugar de entre 188 países, com um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,574⁽¹²⁾.

Dados do último recenseamento feito em STP indicam que cerca de 15% da população do país tem menos de 5 anos^(13, 14). As crianças nesta faixa etária em STP são o grupo onde a incidência e a intensidade da pobreza são superiores, o que significa que as privações de que são alvo são maiores. Em 2014, quase metade destas crianças tiveram privações na dimensão da nutrição, a qual engloba indicadores de alimentação e malnutrição, sendo a região sudeste, da qual fazem parte os distritos de Caué e Cantagalo, a mais afetada⁽¹⁴⁾.

Entre 2009 e 2014, os 3 indicadores apontados pela OMS para a medição do estado nutricional, e que indicam IP, MC e MA, apresentaram melhorias. Ainda assim, em 2014, de entre as crianças com menos de 5 anos, 17,2% apresentavam MC, 8,8% IP e 4% MA, com a região sudeste a ser, mais uma vez, a mais afetada. Observam-se ainda diferenças significativas consoante a idade para cada indicador. O intervalo de idades com maior prevalência de MC vai dos 18 aos 36 meses, o pico da MA acontece entre os 6 e os 11 meses, e a IP começa a ser mais evidente em crianças com mais de 6 meses^(14, 15).

As práticas alimentares inadequadas e as doenças são dois dos fatores que contribuem diretamente para um quadro de malnutrição^(1, 2). Em STP, o abastecimento alimentar não é suficiente em quantidade ou qualidade para suprir as necessidades de todos os cidadãos. De facto, os indicadores do estado de nutrição relacionam-se não só com o nível de pobreza das famílias, mas também com fatores referentes à alimentação complementar⁽¹⁴⁾. De acordo com o Inquérito aos Indicadores Múltiplos de 2014 (MICS), a idade média de introdução dos primeiros alimentos é aos 5 meses, mas apenas 74,1% entre os 6 e os 8 meses receberam alimentos no dia anterior. Cerca de 47% das crianças entre os 6-23 meses tiveram uma diversidade alimentar mínima aceitável e menos de 60% receberam alimentos complementares o número mínimo de vezes. E ainda que o aleitamento materno seja continuado até ao primeiro ano de vida em mais de 80% das crianças, menos de 25% das crianças continuam a beber leite materno até aos dois anos de idade. Finalmente, apenas cerca de 29% das crianças amamentadas no intervalo de idades entre os 6 e os 23 meses tiveram uma dieta mínima aceitável, o que significa que tiveram tanto a diversidade alimentar mínima, como a frequência mínima de refeições durante o dia anterior^(14, 15).

Objetivos

O presente estudo objetivou relacionar as práticas de AC com o estado nutricional de crianças dos 6 aos 23 meses do distrito de Caué, em STP. Como objetivos específicos, pretendeu-se (1) conhecer as práticas de AC nas crianças, incluindo os hábitos alimentares e as práticas de higiene; (2) conhecer o estado nutricional da amostra; (3) perceber a relação entre as referidas práticas de alimentação complementar com o estado nutricional da amostra.

Material e Métodos

O presente estudo transversal foi realizado em cuidadoras de crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 23 meses. Utilizando o método de amostragem por conveniência e com o auxílio de Agentes de Saúde Comunitária, foram selecionadas e inquiridas, através da aplicação de um questionário, 97 cuidadoras de crianças com idade entre os 6 e os 23 meses, no seio de 11 comunidades do distrito de Caué – Angra Toldo, Angolares, Ió Grande, D. Augusta, Praia Pesqueira, Emolve, Ribeira Peixe, Monte Mário, Malanza, Ponta Baleia e Porto Alegre.

Para serem incluídas no estudo, as cuidadoras tinham de ter pelo menos uma criança com idade entre os 6 e os 23 meses ao seu cuidado. Os critérios de exclusão abrangeram malformações congénitas, atrasos no desenvolvimento psico-motor e patologias crónicas que pudessem influenciar o estado nutricional, por estarem normalmente associadas a piores estados nutricionais.

A aplicação dos questionários decorreu durante os meses de maio e junho de 2017. Previamente, foi pedido o consentimento do Delegado de Saúde da área de Caué (Anexo A) e realizado um teste piloto a 7 cuidadoras no Bairro da Favorita, em São João dos Angolares, Caué, com o objetivo de melhorar a estrutura e facilitar a compreensão das perguntas por parte dos inquiridos.

Para a recolha de dados demográficos e sobre as práticas de AC foi adaptado um questionário da OMS, desenvolvido especificamente para a recolha de dados para o cálculo de indicadores que avaliam as práticas alimentares em crianças dos 0 aos 23 meses (Anexo B)⁽¹⁶⁾. O questionário de administração indireta foi aplicado às cuidadoras que concordaram em participar no estudo após explicação da finalidade e consentimento informado orais.

Foram utilizados 6 indicadores das práticas de AC nas crianças, desenvolvidos pela OMS. Os indicadores, selecionados de acordo com a relevância para o estudo e descritos em anexo, foram: (1) introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou moles; (2) diversidade alimentar mínima; (3) frequência mínima de refeição; (4) aleitamento continuado ao 1 ano; (5) aleitamento continuado aos 2 anos; e (6) dieta mínima aceitável (Anexo C)⁽¹⁷⁾. Recolheram-se também dados sobre a consistência das refeições, a preparação separada de alimentos e práticas de higiene.

Os dados antropométricos recolhidos para classificar o estado nutricional das crianças foram o peso e o comprimento. As medições foram feitas com o uso de uma balança SECA® (modelo 874) e de um estadiômetro horizontal de madeira, respetivamente. O peso foi registado em quilogramas e o comprimento em centímetros, o primeiro com aproximação às centésimas e o segundo com aproximação às décimas.

Os indicadores para o estado nutricional das crianças foram o P/I, o C/I e o P/C. O cálculo dos *z-scores* foi feito no programa WHO Anthro® versão 3.2.2 para avaliar o estado nutricional, que foi considerado adequado quando nenhum dos indicadores estivesse abaixo dos -2 *z-scores*, ou seja, se a criança não apresentava MC, MA ou IP. A IP foi determinada pelo *z-score* P/I igual ou inferior a -2, a MC pelo *z-score* C/I igual ou inferior a -2, e a MA pelo *z-score* P/C igual ou inferior a -2⁽¹⁸⁾. Para a análise, foi construída uma nova variável (Estado Nutricional), na qual as crianças foram consideradas com malnutrição quando 1 ou mais dos indicadores estivesse abaixo dos -2 *z-scores*, ou sem malnutrição nos restantes casos.

A análise estatística dos dados foi feita no programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) *Statistics*® versão 24.0 para o Windows®. A análise descritiva das variáveis foi efetuada a partir da determinação de medidas de

tendência central (média), medidas de dispersão (desvio padrão) e frequências. Para testar a normalidade das variáveis cardinais foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, e para avaliar a dependência entre pares de variáveis foram usados o teste exato de Fisher, o teste do qui-quadrado ou o teste de Kruskal Wallis. O valor de significância estatística foi definido para $p < 0,05$.

Resultados

Foram realizados 97 questionários em 11 comunidades de Caué (anexo D).

As características da amostra, constituída por 95 mães, 1 irmã e 1 avó, são apresentadas na Tabela 1, em anexo. A média de idades das cuidadoras foi de $27,0 \pm 6,9$ anos. A maioria frequentou ou terminou o primeiro ciclo do ensino básico (43,3%) e mais de metade estava empregada (57,7%), 62,5% das quais tinham um pequeno negócio e 17,9% trabalhavam numa empresa. A maioria das inquiridas estava casada ou em união de facto e o número médio dos agregados familiares foi 5 ± 2 pessoas, sendo que, em média, 2 ± 1 eram crianças com menos de 5 anos. O número médio de gravidezes e de filhos que viviam com as inquiridas foi 3 ± 2 .

As características das crianças estão descritas na Tabela 2, em anexo. A média de idades foi de $13,1 \pm 5,1$ meses, com 58,8% das crianças do sexo masculino e 41,2% do sexo feminino. Apenas 11,3% destas crianças nasceram em casa, e só 38,1% das cuidadoras não reportaram alguma doença das crianças nos últimos 15 dias, sendo as doenças mais mencionadas a diarreia (30,9%) e a febre (25,8%).

Os indicadores do estado nutricional das crianças indicam que o z-score médio para o C/I foi $-0,9 \pm 1,1$, para o P/I foi $-0,6 \pm 1,1$ e para o P/C foi $-0,2 \pm 1,2$. Foram identificados 16 casos de MC (16,5%), 9 de IP (9,3%) e 4 de MA (4,1%). No total,

19,6% das crianças foram consideradas com malnutrição, ou seja, apresentaram pelo menos 1 tipo de malnutrição.

A idade média de iniciação da AC foi aos $5,3 \pm 1,3$ meses, e 70,7% das cuidadoras afirmam ter começado a dar alimentos às respectivas crianças aos 6 meses. Em simultâneo, a primeira ingestão de algum líquido foi aos $5,1 \pm 1,7$ meses e o aleitamento materno exclusivo durou $4,5 \pm 2,1$ meses, em média.

Os resultados do cálculo dos indicadores das práticas de AC da OMS estão descritos na tabela 3. Todos estes revelaram uma adequação superior a 79%.

Tabela 3 | Indicadores das práticas de alimentação complementar da OMS, em crianças dos 6 aos 23 meses no distrito de Caué.

Indicador	N total	N	%
Introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou moles	25	20	80,0%
Diversidade alimentar mínima	97	84	86,6%
Frequência mínima de refeição	97	89	91,8%
Aleitamento continuado ao 1 ano	25	23	92,0%
Aleitamento continuado aos 2 anos	16	13	81,3%
Dieta mínima aceitável	97	77	79,4%

A proporção de crianças que ingeriram os diferentes grupos de alimentos no dia anterior está apresentada na Figura 1. Os mais consumidos incluíram cereais e tubérculos, carne e pescado, frutas e vegetais ricos em vitamina A, e outras frutas e vegetais. O sal e o caldo concentrado, os temperos e condimentos, e as gorduras foram extensamente utilizados pelas cuidadoras na preparação das refeições para as crianças. Também foram frequentemente ingeridos alimentos açucarados.

Outras práticas da AC são caracterizadas na Tabela 4, em anexo. No que diz respeito à consistência das refeições, apenas 42,4% das crianças estavam a comer refeições com a consistência adequada para a sua idade. Para todos os intervalos de idades a consistência mais referida foi a das refeições aguadas com pedaços pequenos de alimentos.

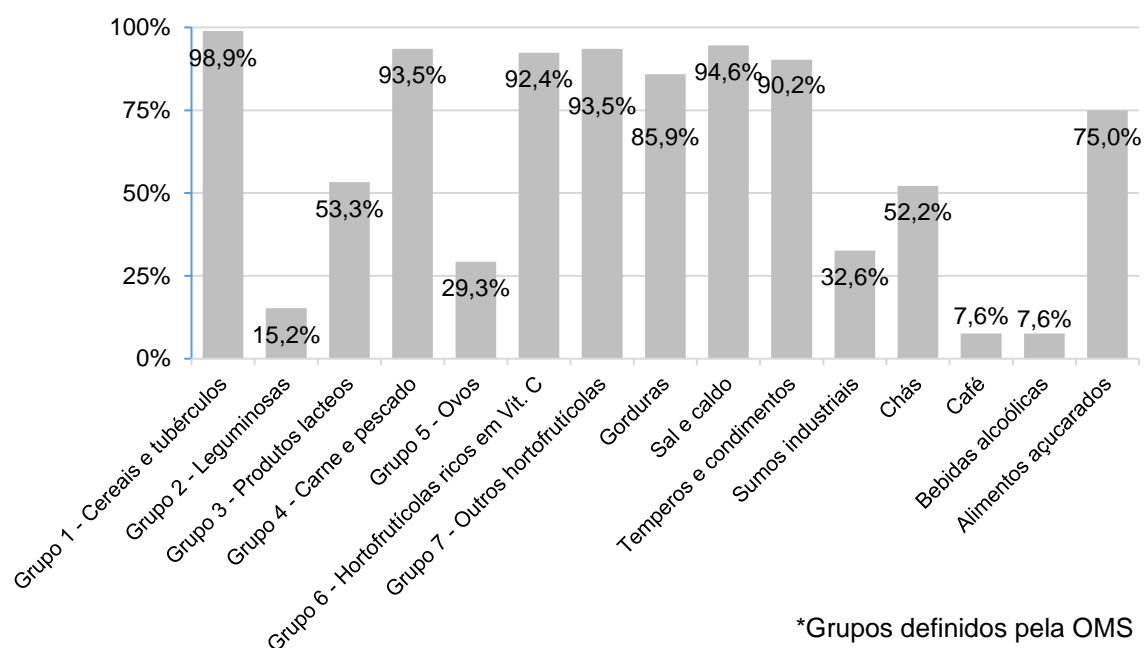


Figura 1 | Grupos alimentares ingeridos no dia anterior pela amostra.

A preparação das refeições foi feita separadamente para 72,2% das crianças.

Relativamente às práticas de higiene, 98,9% das cuidadoras lavavam os alimentos crus, das quais 92,2% utilizavam apenas água; a lavagem das mãos das crianças antes das refeições era feita por 79,3% das inquiridas, utilizando principalmente água e sabão (77,1%); a lavagem dos utensílios era feita por toda a amostra, maioritariamente com água e sabão (92,4%). Por último, perto de metade das inquiridas (47,8%) disse não armazenar alimentos perecíveis, como o pescado.

As associações da variável Estado Nutricional com os indicadores, com as restantes práticas de AC e com os dados sociodemográficos podem ser consultadas nas Tabelas 5 e 6, em anexo. Foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a variável Estado Nutricional e a diarreia nos 15 dias anteriores ao estudo ($p < 0,05$). A variável Estado Nutricional e o indicador do aleitamento continuado ao 1 ano também estavam significativamente associados ($p < 0,05$). Nenhuma outra associação foi encontrada.

Discussão

De acordo com a OMS, a AC deve ser introduzida aos 6 meses de idade de maneira a completar as necessidades energéticas e nutricionais das crianças⁽¹⁰⁾. Neste estudo, os resultados mostram que a idade média de iniciação da AC é aos 5,3±1,3 meses. No entanto, o período médio de aleitamento materno exclusivo foi de 4,5±2,1, à semelhança dos dados nacionais MICS de 2014, que reportam uma média de 4,8 meses⁽¹⁵⁾, e de outro trabalho que reporta uma média de 5 meses⁽¹⁹⁾. Esta diferença pode dever-se principalmente a dois fatores: a introdução precoce de líquidos como a água e os chás, o que neste estudo foi comprovado pela idade média dessa introdução aos 5,1±1,7 meses, e as práticas e tratamentos tradicionais que envolvem a ingestão de preparados de óleos e folhas (exemplo: *vumbada* ou *contra*) pelas crianças. Para além de atender às necessidades de energia e nutrientes da grande maioria dos bebés, é reconhecido que o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses confere inúmeras vantagens para a mãe e o seu filho, incluindo a redução do risco de várias doenças e de morte, quando comparado com a mesma prática até aos 3 ou 4 meses^(10, 20). Desta forma, torna-se importante que continue a ser feito em STP um trabalho de consciencialização das mães em relação a esta prática.

A introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou moles em crianças dos 6-8 meses foi de 80%, em relação aos cerca de 74% referidos num outro estudo feito a nível nacional, estando de acordo com a idade de introdução de alimentos referida pelas cuidadoras⁽¹⁵⁾.

As recomendações da OMS referem a importância do aleitamento materno continuado até pelo menos aos 2 anos^(8, 10). A adequação do aleitamento materno continuado ao 1 ano e aos 2 anos (92% e 81,3%, respetivamente) foi também mais

satisfatória em relação aos dados nacionais de 2014 (85,9% e 24,1%, respetivamente)⁽¹⁵⁾. É de notar que apenas 16 crianças da amostra foram incluídas para o cálculo do aleitamento continuado aos 2 anos, o que requer algum cuidado na análise deste elevado valor.

A diversidade alimentar é considerada mínima quando a criança ingeriu pelo menos 4 dos 7 grupos alimentares estruturados pela OMS, uma vez que este ponto de corte está associado com uma melhor qualidade da AC⁽¹⁷⁾. Neste estudo, a diversidade alimentar mínima foi cerca de 87%, o que indica um aumento em relação aos dados nacionais de 2014 (46,8%)⁽¹⁵⁾ e um valor inverso ao que é comum nos países mais pobres, onde as dietas pobres em produtos de origem animal e hortícolas têm como base grãos, raízes e tubérculos⁽²¹⁾. Nesta amostra de Caué, para além da extensa utilização de cereais e tubérculos, mais de 90% das cuidadoras referiram que as crianças tinham comido carne ou pescado, e frutas e vegetais, ricos ou não em vitamina A, no dia anterior. O reportado elevado uso de vegetais pode estar relacionado com a sua utilização na base da culinária de STP, através do uso destes alimentos como “preparos”, o equivalente a um estrugido. No entanto, as porções utilizadas não são muito substanciais, o que pode significar uma desadequação quantitativa da ingestão de hortícolas.

Tal como o que acontece com a diversidade mínima alimentar, é comum que a frequência mínima de refeição apresente valores baixos para países mais pobres⁽²²⁾. O resultado para este indicador mostra que, em Caué, 91,8% das crianças de 6 a 23 meses apresentam uma frequência mínima de refeições adequada, o que revela maior percentagem em relação aos valores apresentados a nível nacional pelo MICS de 2014⁽¹⁵⁾. De acordo com os dados recolhidos em Caué, é muito comum as crianças comerem pelo menos as 3 refeições principais

diariamente, o que constitui o número mínimo de refeições para crianças dos 9-23 meses a amamentar. É relevante referir que o número das refeições normalmente indicado pelas cuidadoras pode estar inflacionado devido à possível sobrestimação de alguns *snacks*, o que não influencia o valor do indicador mas pode significar que a qualidade da alimentação pode não estar de acordo com as recomendações para uma alimentação saudável⁽¹⁰⁾.

A dieta mínima aceitável implica que as cuidadoras sejam capazes de oferecer às suas crianças uma dieta alimentar diversificada e um número recomendado de refeições, o que pode ser difícil em ambientes socioeconómicos mais pobres. Em África, em países como a Nigéria, o Gana, o Quénia ou o Uganda, as percentagens deste indicador não ultrapassam os 40%, chegando até a ser mais baixas que 10%⁽²²⁻²⁴⁾. Em 2014, a percentagem de crianças que tinham a dieta mínima aceitável a nível nacional não era superior a 25%⁽¹⁵⁾. Em comparação com outros países africanos e com os dados mais recentes do país, este indicador apresenta ótimos resultados em Caué.

Para além destes indicadores, outros parâmetros importantes para a adequação da AC foram avaliados, incluindo a consistência dos alimentos, a preparação de refeições separadamente e as práticas de higiene.

A consistência espessa das comidas e dos alimentos dados às crianças deve ser preferida, por ser uma forma de assegurar mais facilmente a variedade de ingredientes e a densidade energética e nutricional, em comparação com aqueles de consistência mais aguada ou mole^(8, 10). Em Caué, mais de metade das cuidadoras (57,6%) prepara refeições de consistência desadequada para todas as faixas etárias, dando preferência a alimentos e pratos muito aguados, como as canjas, as papas mais líquidas e os chás. Assim, levanta-se a hipótese de as

crianças deste distrito não estarem a ingerir uma dieta totalmente adequada em termos qualitativos, mesmo se a diversidade alimentar mínima e a frequência mínima de refeição são cumpridas pela maioria da amostra.

Adicionalmente, quase um terço da amostra ainda não tem o cuidado de preparar as refeições separadamente para as crianças, que comem a comida que foi cozinhada para o resto da família. Este resultado ajuda também a explicar a utilização abusiva de gorduras, temperos fortes e sal no dia a dia alimentar das crianças, os três utilizados pela quase totalidade das inquiridas. Por outro lado, também há um uso excessivo de alimentos ricos em açúcar, oferecidos principalmente como *snacks* às crianças, como também já tinha sido verificado num trabalho anterior realizado em STP⁽¹⁹⁾.

Simultaneamente a todos estes princípios, boas práticas de higiene devem ser adotadas, por forma a tornar a AC segura e a evitar a contaminação por microrganismos que aumentam o risco de doenças. Práticas de higiene adequadas incluem a preparação, o manuseamento e o armazenamento cuidados dos alimentos^(8, 10, 25). Ainda assim, neste estudo, os alimentos crus raramente são desinfetados com algum produto, e cerca de 20% das cuidadoras não lava as mãos das crianças antes das refeições. A falta de acesso a eletricidade e o facto de os alimentos serem frequentemente comprados na altura da preparação da refeição explicam a alta percentagem de cuidadoras que referem não armazenar alimentos perecíveis mas, ainda assim, mais de 20% mencionam guardá-los apenas cobertos com um pano. A falta de higiene pode contribuir para o aparecimento de doenças infecciosas do foro gastrointestinal, incluindo as diarreias⁽²⁶⁾.

Neste estudo, mais de 30% das cuidadoras reportaram episódios de diarreia nos 15 dias anteriores ao estudo. A variável Estado Nutricional foi associada com

a presença desta doença, sendo que a proporção de crianças com malnutrição é maior naquelas que foram afetadas por esta doença. Este resultado suporta o facto de que as doenças e infeções têm um efeito direto no estado nutricional das crianças, ao afetarem o apetite e a absorção de nutrientes⁽²⁶⁾.

Quanto ao estado nutricional, a MC foi mais frequente em relação à MA e ao IP. Foram identificados 16,5% de casos de MC, uma prevalência muito semelhante à nacional e na mesma faixa etária, como descrito no MICS (16,6%)⁽¹⁵⁾, mas superior à prevalência de 11,6% em crianças com menos de 2 anos encontrada num outro estudo em STP⁽²⁷⁾. A MC é dificilmente reversível após os 2 anos de idade e tem um grande impacto na vida adulta. Para além de se tornarem adultos mais baixos, as crianças com este tipo de malnutrição ficam doentes mais frequentemente, têm menos capacidades cognitivas e tornam-se adultos mais propensos a sofrer de doenças crónicas e economicamente mais desfavorecidos⁽²⁸⁾. Prevalências mais baixas de 9,3% para a IP e 4,1% para a MA foram também encontradas, em proporções ligeiramente inferiores em relação aos dados nacionais, na mesma faixa etária (11,9% e 6,9%, respetivamente)⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, a variável Estado Nutricional foi associada com aleitamento continuado ao 1 ano, sendo que todas as crianças sem malnutrição entre os 12-15 meses estavam ainda a amamentar. De facto, os benefícios do aleitamento continuado até aos 2 anos estão bem documentados e previnem doenças, como a diarreia, que causam estados de malnutrição^(8, 10), pelo que esta prática deve continuar a ser estimulada em STP.

Outros estudos apontam ainda associações entre o estado nutricional e os restantes indicadores da AC da OMS. Num estudo que reuniu dados de vários países com baixos rendimentos económicos em África e na Ásia, a introdução de

alimentos sólidos, semissólidos ou moles foi associada com uma menor probabilidade de MC e IP; a frequência mínima de refeição foi associada com menores probabilidade de IP; a diversidade alimentar mínima e a dieta mínima aceitável foram associadas com menores probabilidades de MC e IP⁽²²⁾. Um estudo realizado no Gana encontrou ainda uma associação entre MA e a diversidade alimentar mínima e a dieta mínima aceitável⁽²³⁾. Na Nigéria, outro estudo encontrou relações semelhantes às descritas anteriormente⁽²⁴⁾. No entanto, este estudo não encontrou nenhuma das referidas associações entre a variável Estado Nutricional e os indicadores e práticas de alimentação complementar.

Destacam-se como limitações deste estudo as incertezas relativas ao consumo alimentar, relacionadas com necessidade de recurso à memória e ao desconhecimento do que a criança comeu no dia anterior, por ter sido alimentada por outros indivíduos. Alguma falta de privacidade durante a realização dos questionários poderá também ter influenciado algumas respostas. É ainda necessário ter em conta o efeito da diferença cultural entre inquiridor e inquiridos.

Conclusão

As crianças dos 6-23 meses de Caué têm uma boa adequação aos indicadores da alimentação complementar da OMS. As prevalências de malnutrição foram semelhantes às nacionais, sendo que a mais elevada foi a da malnutrição crónica. Apenas o aleitamento continuado ao 1 ano e a diarreia nos últimos 15 dias foram associados com o estado nutricional destas crianças. Neste sentido, são necessários mais estudos sobre aspetos específicos da AC, como a proporção de alimentos utilizada nas refeições, bem como a sua qualidade e consistência.

Referências Bibliográficas

1. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 2008; 371(9608):243-60
2. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2013; 382(9890):427-51
3. World Health Organization. WHO, nutrition experts take action on malnutrition [website]. 2017. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/pressnote_action_on_malnutrition/en/. julho 2017.
4. Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, Flaxman S, Black RE, Fawzi WW, et al. Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies. PloS one. 2013; 8(5):e64636. PMC3667136.
5. Pelletier DL, Frongillo EA, Jr., Schroeder DG, Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. Bulletin of the World Health Organization. 1995; 73(4):443-8. PMC2486780.
6. Caulfield LE, de Onis M, Blossner M, Black RE. Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. The American journal of clinical nutrition. 2004; 80(1):193-8
7. Christian P, Mullany LC, Hurley KM, Katz J, Black RE. Nutrition and maternal, neonatal, and child health. Seminars in Perinatology. 2015; 39(5):361-72
8. Pan American Health Organization, World Health Organization. Guiding Principles for Complementary Feeding os the Breastfeed Child. Washington, DC;

2003. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/en/.

9. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Singapore; 2003. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241562218/en/.

10. World Health Organization. Infant and young child feeding. França: World Health Organization; 2009. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/.

11. UNICEF, World Health Organization, World Bank Group. Levels and Trends in Child Malnutrition. Key findings of the 2017 edition. Washington DC; 2017.

Disponível em: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2016/en/>.

12. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016. Human Development for Everyone. New York: United Nations Development Programme; 2016. Disponível em: <http://hdr.undp.org>.

13. Instituto Nacional de Estatística. IV Recenseamento Geral da População e Habitação – 2012. Estado e Estrutura da População. São Tomé e Príncipe: Instituto Nacional de Estatística; 2014. Disponível em:

http://www.ine.st/tema_RGPH_2012.html.

14. UNICEF. Análise da situação das crianças e das mulheres em São Tomé e Príncipe em 2015. São Tomé e Príncipe; 2016. Disponível em:

<http://issuu.com/unicefstp>.

15. National Institute of Statistics, UNICEF. Sao Tome and Principe Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Final Report. São Tomé, São Tomé e Príncipe; 2016. Disponível em: <http://www.ine.st/mics.html>.

16. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 2: measurement. Malta: World Health Organization,; 2010.

Disponível em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/en/>.

17. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 1: definitions. France: World Health Organization; 2008.

Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/.

18. World Health Organization. Training course on child growth assessment. WHO child growth standards. interpreting growth indicators. Geneva: WHO; 2008.

Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/training/en/>.

19. Silva De, Nóbrega L, Valente A, Dias C, Almeida F, Cruz JL, et al.

Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2014; (14):147-55

20. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet JP, et al.

Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. The American journal of clinical nutrition. 2003; 78(2):291-5

21. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. The Journal of nutrition. 2004; 134(10):2579-85

22. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations with

growth measures in 14 low-income countries. *Maternal & child nutrition*. 2012; 8(3):354-70

23. Saaka M, Wemakor A, Abizari A-R, Aryee P. How well do WHO complementary feeding indicators relate to nutritional status of children aged 6–23 months in rural Northern Ghana? *BMC Public Health*. 2015; 15:1157

24. Udoh EE, Amodu OK. Complementary feeding practices among mothers and nutritional status of infants in Akpabuyo Area, Cross River State Nigeria. *SpringerPlus*. 2016; 5(1):2073

25. World Health Organization. *Five Keys to Safer Food Manual*. França: World Health Organization; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/foodsafety/publications/5keysmanual/en/>.

26. UNICEF, World Health Organization. *Diarrhoea: Why children are still dying and what can be done*. Geneva; 2009. Disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241598415/en/.

27. Valente A, Silva D, Neves E, Almeida F, Cruz JL, Dias CC, et al. Acute and chronic malnutrition and their predictors in children aged 0-5 years in Sao Tome: a cross-sectional, population-based study. *Public health*. 2016; 140:91-101

28. Dewey KG, Begum K. Long-term consequences of stunting in early life. *Maternal & child nutrition*. 2011; 7 Suppl 3:5-18

Anexos

Índice de Anexos

Anexo A – Autorização de realização do questionário.....	22
Anexo B – Questionário aplicado para a recolha de dados.....	23
Anexo C – Descrição dos indicadores da alimentação complementar da OMS.....	26
Anexo D – Número de questionários realizados por distrito.....	28
Anexo E – Características sociodemográficas das cuidadoras da amostra.....	29
Anexo F – Características das crianças da amostra.....	30
Anexo G – Práticas de alimentação complementar.....	31
Anexo H – Associação da Malnutrição com as características sociodemográficas.....	32
Anexo I – Associação da malnutrição com os indicadores e as práticas de alimentação complementar.....	33

Anexo A – Autorização de realização do questionário.

São Tomé e Príncipe, 02 de maio de 2017

Assunto: Autorização para a realização de questionários no distrito de Caué.

Exmo. Sr. Delegado de Saúde da área de Caué,

Eu, Ana Pimenta Rodrigues, estagiária da ONGD Helpo, estou a realizar o último ano da licenciatura em Ciências da Nutrição, na Universidade do Porto e encontro-me em São Tomé e Príncipe a realizar o meu estágio curricular.

Nesta sequência, estou a escrever a minha tese de licenciatura, um trabalho de investigação intitulado "Relação das práticas de alimentação complementar com o estado nutricional de crianças dos 6 aos 23 meses do distrito de Caué, em São Tomé e Príncipe.". O objetivo do presente trabalho é conhecer e relacionar as práticas de alimentação complementar com o estado nutricional de crianças dos 6 aos 23 meses. Para esse efeito, pretendo aplicar um breve questionário no distrito de Caué e a recolher dados de peso e altura, de modo a reunir dados úteis para o meu trabalho.

Para que tal seja possível, gostaria de pedir a sua excelência que me conceda a autorização para aplicar o questionário e recolher os referidos dados antropométricos nos postos de saúde e comunidades, com possível colaboração dos Técnicos de Saúde e Agentes de Saúde Comunitários, sem prejuízo para o desenvolvimento das suas atividades diárias.

Agradeço desde já a sua atenção e fico a aguardar por uma resposta breve.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Pimenta Rodrigues
(Nutricionista estagiária)

Margarida Lopes
(Coordenadora do PANMI em São Tomé e
Príncipe)

U.PORTO
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

o nosso mundo é humano.

Comunidade de Nutrição e Alimentação

Questionário às mães e cuidadores sobre práticas de alimentação complementar em crianças dos 6 aos 23 meses do distrito de Caucé, São Tomé e Príncipe

O presente questionário insere-se no estágio curricular do 1º Ciclo de Estudos de Ciências da Nutrição da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da UP e pretende obter informações sobre as práticas de alimentação complementar das mães e cuidadores de crianças com idades entre os 6 e os 23 meses. O questionário demora cerca de 15 minutos. A sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento. Garantimos a total confidencialidade da informação recolhida, sendo os respetivos resultados utilizados apenas para fins de investigação. Agradecemos a sua disponibilidade e o tempo concedido. Aceita participar?

Este é um questionário de aplicação indireta, pelo que deve ser preenchido *na sua totalidade* pelo inquiridor.

Inquiridor: _____
ASC: _____

A. Dados sociodemográficos do cuidador

1. É a pessoa normalmente responsável pela alimentação de (NOME)? ☐ Sim

2. Qual a sua relação com (NOME)?

☐ Mãe
☐ Avó
☐ Irmã
☐ Outro familiar. Qual? _____
☐ Outro, sem relação familiar. Qual? _____

3. Qual a sua idade? anos

4. Fez escola até qual classe? Classe

5. Para além do trabalho doméstico, tem algum trabalho?

☐ Trabalha.
☐ Trabalhador/Estudante
☐ Não Trabalha → ir para questão 6
☐ Estudante → ir para questão 6
☐ Reformado → ir para questão 6
☐ Outra. Qual? _____

5.1. Se sim, que tipo de trabalho tem?

☐ Empresa (p.e. Sotaco, Agripalma, GIME, outras)
☐ Função do Estado (p.e. professora, enfermeira, outras)
☐ Comércio/Pequeno negócio
☐ Agricultura/Roça

6. Qual o seu estado civil?

☐ Solteiro
☐ Casado / União de Facto
☐ Divorciado / Separado
☐ Viúva
☐ Outro. Qual? _____

7. Quantas pessoas vivem consigo (agregado familiar)? pessoas

8. Quantas crianças com menos de 5 anos vivem consigo? crianças com < 5 anos

Código: _____

Data: / /

Comunidade: _____

☐ Não (É possível falar com a pessoa responsável pela alimentação da criança)

4. Análise Prévia:

☐ Sem escolaridade
☐ 1º ciclo ensino básico (até à 4ª Classe)
☐ 2º ciclo do ensino básico (5ª a 6ª Classe)
☐ 3º ciclo do ensino básico (7ª a 9ª Classe)
☐ Ensino Secundário (10ª a 12ª Classe)
☐ Ensino Superior

5. Análise Prévia:

☐ Trabalha
☐ Não trabalha

1

Código: _____

30. Costuma lavar os alimentos crus (p.e. cenoura raspada, tomate, alface) que dá para (NOME)?

- ☐ Sim
☐ Às vezes
☐ Não → ir para questão 31
☐ Não sabe / Não tem a certeza → ir para questão 31

30.1. Como lava esses alimentos?

- ☐ Água
☐ Água e vinagre
☐ Água e lavlia
☐ Água e desinfetante
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não sabe / Não tem a certeza

31. Costuma lavar as mãos de (NOME) antes de ele comer?

- ☐ Sim
☐ Às vezes
☐ Não → ir para questão 32
☐ Não sabe / Não tem a certeza → ir para questão 32

31.1. Como lava as mãos de (NOME)?

- ☐ Água
☐ Água e sabão
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não sabe / Não tem a certeza

32. Costuma limpar as panelas, talheres, pratos e outros utensílios que utilizou para preparar a comida de (NOME)?

- ☐ Sim
☐ Às vezes
☐ Não → ir para questão 33
☐ Não sabe / Não tem a certeza → ir para questão 33

32.1. Como limpa esses utensílios?

- ☐ Limpa a sujidade com um pano
☐ Apenas com água
☐ Coma água e sabão
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não sabe / Não tem a certeza

33. Onde costuma guardar os alimentos que se estragam mais facilmente (p.e. carne, galinha, peixe, bisco)?

- ☐ Arca / Gélida
☐ Cobertos com um pano (protegidos de insetos, roedores e pó)
☐ Outro. Qual? _____
☐ Não sabe / Não tem a certeza

Obrigada pela sua participação!

Anexo C – Descrição dos indicadores da alimentação complementar da OMS.

Abaixo encontram-se as definições dos indicadores da alimentação complementar da OMS utilizados na realização do presente trabalho⁽¹⁷⁾:

Introdução de alimentos sólidos, semissólidos ou moles

Percentagem de crianças dos 6-8 meses que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou moles durante o dia anterior.

Diversidade alimentar mínima

Percentagem de crianças dos 6-23 meses que receberam qualquer quantidade de alimentos de 4 ou mais dos 7 grupos alimentares durante o dia anterior. Os 7 grupos de alimentos incluem (1) grãos, raízes e tubérculos; (2) leguminosas e frutos oleaginosos; (3) produtos lácteos; (4) carne, produtos cárneos e pescado; (5) ovos; (6) frutos e produtos hortícolas ricos em vitamina A; e (7) outros frutos e produtos hortícolas.

Frequência mínima de refeição

Percentagem de crianças dos 6-23 meses que receberam alimentos sólidos, semissólidos ou moles, mais alimentação láctea para crianças não amamentadas, o número mínimo de vezes ou mais durante o dia anterior. Em crianças a amamentar, os alimentos sólidos, semissólidos ou moles devem ser oferecidos pelo menos duas vezes para crianças dos 6-8 meses e pelo menos três vezes para crianças dos 9-23 meses em cada dia. Em crianças não amamentadas, estes alimentos ou alimentações lácteas devem ser oferecidos no mínimo quatro vezes por dia, a partir dos 6 meses.

Aleitamento continuado ao 1 ano

Percentagem de crianças dos 12-15 meses que tomaram leite materno durante o dia anterior.

Aleitamento continuado aos 2 anos

Percentagem de crianças dos 20-23 meses que tomaram leite materno durante o dia anterior.

Dieta mínima aceitável

Percentagem de crianças dos 6-23 meses que receberam uma dieta mínima aceitável, à exceção do leite materno. Trata-se de um indicador composto por duas outras percentagens:

- (a) Percentagem de crianças amamentadas de 6-23 meses que tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima e a frequência mínima da refeição durante o dia anterior.
- (b) Percentagem de crianças não amamentadas que tomaram pelo menos 2 refeições lácteas e que tiveram pelo menos a diversidade alimentar mínima sem incluir as refeições lácteas e a frequência mínima da refeição durante o dia anterior.

Anexo D - Número de questionários realizados por distrito.

Angolares – 9 questionários (9,3%)

Angra Toldo – 11 questionários (11,3%)

Dona Augusta – 9 questionários (9,3%)

Emolve – 9 questionários (9,3%)

Io Grande – 5 questionários (5,2%)

Malanza – 12 questionários (12,4%)

Monte Mário – 9 questionários (9,3%)

Ponta Baleia – 2 questionários (2,1%)

Porto Alegre – 17 questionários (17,5%)

Praia Pesqueira – 6 questionários (6,2%)

Ribeira Peixe – 8 questionários (8,2%)

Anexo E – Características sociodemográficas das cuidadoras da amostra.

Tabela 1 | Características sociodemográficas das cuidadoras de crianças dos 6-23 meses de Caué

Características	N	%	Média±dp	Mín	Máx
Cuidadoras					
Mãe	95	97,9			
Irmã	1	1,0			
Avó	1	1,0			
Idade das cuidadoras (anos)			27,0±6,9	17	51
Escolaridade					
Sem escolaridade	9	9,3			
1.º ciclo do ensino básico	42	43,3			
2.º ciclo do ensino básico	20	20,6			
3.º ciclo do ensino básico	23	23,7			
ensino secundário	3	3,1			
Situação Profissional					
Trabalha	56	57,7			
Não trabalha	41	41,0			
Tipo de Emprego					
Empresa	10	17,9			
Funcionária do Estado	5	8,9			
Comércio/Pequeno Negócio	35	62,5			
Agricultura/Roça	6	10,7			
Estado Civil					
Solteira/Divorciada/Separada	6	6,2			
Casada/União de facto	91	93,8			
N.º de pessoas no agregado familiar			5±2	2	10
N.º de crianças <5 anos no agregado familiar			2±1	1	4
N.º de gravidezes			3±2	1	8
N.º de filhos no agregado familiar			3±3	1	7

Anexo F – Características das crianças da amostra.**Tabela 2 | Características das crianças dos 6-23 meses de Caué**

Características		N	%	Média±dp	Mín	Máx
Sexo						
	Feminino	40	41,2%			
	Masculino	57	58,8%			
Idade das crianças (meses)				13,1±5,1	6	23
Local de nascimento						
	Parto domiciliar	11	11,3%			
	Parto institucional	86	88,7%			
Doença nos 15 dias anteriores						
	Sim	60	61,9%			
	Não	37	38,1%			
Tipo de doença						
	Diarreia	30	30,9%			
	Vômitos	10	10,3%			
	Tosse	22	22,7%			
	Gripe	22	22,7%			
	Febre	25	25,8%			
	Outra	4	4,1%			
Comprimento para Idade (z-score)				-0,9±1,1	-3,9	1,3
Peso para Idade (z-score)				-0,6±1,1	-4,01	2,54
Peso para Comprimento (z-score)				-0,2±1,2	-3,68	4,25
Casos totais de malnutrição		19	19,6%			
	Malnutrição Crônica	16	16,5%			
	Insuficiência Ponderal	9	9,3%			
	Malnutrição Aguda	4	4,1%			

Anexo G – Práticas de alimentação complementar.

Tabela 4 | Práticas de alimentação complementar das crianças dos 6-23 meses

Prática de alimentação complementar	N total	N	%
Início da alimentação complementar	92		
< 6 meses		26	28,3%
6 meses		65	70,7%
> 6 meses		1	1,1%
Consistência das refeições adequada	92	39	42,4%
6-8 meses	18		
Aguada, com pedaços		11	61,1%
Mole, espessa		1	5,6%
Esmagada		5	27,8%
Inalterada		1	5,6%
9-11 meses	19		
Aguada, com pedaços		14	73,7%
Esmagada		5	26,3%
> 12 meses	55		
Aguada, com pedaços		23	41,8%
Esmagada		14	25,5%
Inalterada		18	32,7%
Preparação de alimentos separadamente	90	65	72,2%
Práticas de higiene			
Lavagem de alimentos	91	90	98,9%
Água		83	92,2%
Água e lixívia		7	7,8%
Lavagem das mãos	92	73	79,3%
Água		19	22,9%
Água e sabão		64	77,1%
Lavagem dos utensílios	92	92	100,0%
Pano		4	4,3%
Água		3	3,3%
Água e sabão		85	92,4%
Armazenamentos de alimentos perecíveis	92		
Arca/Geleira		23	25,0%
Cobertos com um pano		20	21,7%
Salga		5	5,4%
Não armazena alimentos		44	47,8%

Anexo H - Associação da Malnutrição com as características sociodemográficas.**Tabela 5** | Associação da Malnutrição com as características sociodemográficas da amostra

Características Sociodemográficas	Estado Nutricional				p
	Sem malnutrição		Com malnutrição		
	Total	%	Total	%	
Escolaridade					0,603 ^b
Situação Profissional					0,124
Trabalha	48	61,5%	8	42,1%	
Não trabalha	30	38,5%	11	57,9%	
Estado civil					0,260 ^a
Solteira/Divorciada/Separada	6	7,7%	0	0,0%	
Casada/União de facto	72	92,3%	19	100,0%	
N.º de pessoas no agregado familiar					0,977 ^b
N.º de gravidezes					0,163 ^b
Local de nascimento da criança					0,632 ^a
Parto domiciliar	9	11,5%	2	10,5%	
Parto institucional	69	88,5%	17	89,5%	
Doença nos 15 dias anteriores					0,087
Sim	45	57,7%	15	78,9%	
Não	33	42,3%	4	21,1%	
Diarreia nos 15 dias anteriores					0,022
Sim	20	25,6%	10	52,6%	
Não	58	74,4%	9	47,4%	
Vómitos nos 15 dias anteriores					0,306 ^a
Sim	7	9,0%	3	15,8%	
Não	71	91,0%	16	84,2%	

^a O Qui-quadrado foi substituído pelo teste exato de Fisher por alguns valores esperados nas células da tabela serem inferiores a 5.

^b Teste de Kruskal Wallis.

Anexo I - Associação da malnutrição com os indicadores e as práticas de alimentação complementar.

Tabela 6 | Associação da malnutrição com os indicadores e as práticas de alimentação complementar das crianças dos 6-23 meses de Caué

Indicador da OMS e outras práticas de alimentação complementar	Estado Nutricional				p
	Sem malnutrição		Com malnutrição		
	N	%	N	%	
Introdução de alimentos sólidos, semissólidos e moles					0,496 ^a
Cumpre	17	77,3%	3	100,0%	
Não cumpre	5	22,7%	0	0,0%	
Diversidade alimentar mínima					0,477 ^a
Cumpre	66	90,4%	18	94,7%	
Não cumpre	7	9,6%	1	5,3%	
Frequência mínima de refeição					0,162 ^a
Cumpre	70	89,7%	19	100,0%	
Não cumpre	8	10,3%	0	0,0%	
Aleitamento continuado ao 1 ano					0,020 ^a
Cumpre	21	100,0%	2	50,0%	
Não cumpre	0	0,0%	2	50,0%	
Aleitamento continuado aos 2 anos					0,500 ^a
Cumpre	6	75%	7	87,50%	
Não cumpre	2	2%	1	12,50%	
Dieta mínima aceitável					0,589 ^a
Cumpre	62	79,50%	15	78,90%	
Não cumpre	16	20,50%	4	21,10%	
Preparação dos alimentados separadamente					0,078
Cumpre	49	68,1%	65	88,9%	
Não cumpre	23	31,9%	2	11,1%	
Adequação da consistência à idade					0,311
Cumpre	29	39,7%	10	52,6%	
Não cumpre	44	60,3%	9	47,4%	
Lavagem dos alimentos					0,209 ^a
Cumpre	72	100,0%	18	94,7%	
Não cumpre	0	0,0%	1	5,3%	
Lavagem das mãos					0,529 ^a
Cumpre	58	79,5%	15	78,9%	
Não cumpre	15	20,5%	4	21,1%	

^a O Qui-quadrado foi substituído pelo teste exato de Fisher por alguns valores esperados nas células da tabela serem inferiores a 5.

Indicador da OMS e outras práticas de alimentação complementar	Estado Nutricional				p
	Sem malnutrição		Com malnutrição		
	N	%	N	%	
Primeira ingestão de alimentos em meses					0,928 ^b
Primeira ingestão de líquidos em meses					0,788 ^b
N.º de meses de aleitamento exclusivo					0,798 ^b

^b Teste de Kruskal Wallis.